



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



850244
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Dia de Autorização 21/01/2012	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9499495	7-Dia Validade da Semha 21/01/2012
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002012545063700000101012	9-Tipo POS REDE PRESTADORA
---	-------------------------------

13-Nome
ALINE ROSA DA SILVA

22/06/1991

11-Dia Validade da Carteira
21/01/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a/RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CHRYSSE RAYLANE DE ARAUJO
-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1152159179191319

22-Nome do Contratado Executante
CHRYSSE RAYLANE DE ARAUJO

18-Número no CNO
46837

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

24-UF
RJ

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
CHRYSSE RAYLANE DE ARAUJO

27-Número no CNO
46837

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Coparticipação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
2-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
3-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
4-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
5-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
6-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
7-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
8-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	1,10,10	0,10,10	0,10,10	1	21/01/2012	1	
9-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-00	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 488,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Totál Franquia / Coparticipação R\$ 0,00
---------------------------------------	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia e Assinatura do Dentista Solicitante CHRYSSE RAYLANE DE ARAUJO	51-Dia e Assinatura do Dentista CHRYSSE RAYLANE DE ARAUJO	52-Dia e Assinatura do Beneficiário / Responsável ALINE R. de ARAUJO	53-Dia e Assinatura do Profissional Assistente AQUARELA DO SORRISO
--	--	---	---

ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA